

PERIODIEKE
UITGAVE
OVER
HEPATITIS

hep

NUMMER 10 | WINTER 2016

>> **Clemens Richter,**
internist/infectioloog Rijnstate
Ziekenhuis Arnhem

Samenwerking, dat brengt ons verder

PAGINA 02-04

>> **Hanneke van Soest, MDL-arts**
MC Haaglanden, 's Gravenhage

Pleidooi voor een pragmatische
aanpak van hepatitiszorg

PAGINA 05-06



Clemens Richter,
internist/infectioloog Rijnstate
Ziekenhuis Arnhem

Samenwerking, dat brengt ons verder

Is Clemens Richter nu wel of niet gepensioneerd? Na zijn afscheidssymposium in Burger Zoo op 11 december 2015 blijft hij in ieder geval nog tot augustus 2016 actief als behandelaar in het Rijnstate Ziekenhuis. En het is maar de vraag of het daarbij blijft, want hem is al gevraagd te helpen bij de opzet van de infrastructuur voor een geïntegreerde hiv-hepatitis-tuberculosezorg in Vietnam. Het is tekenend voor de dadendrang van een gedreven arts, die vanuit een perifere ziekenhuis projecten lanceerde die de zorg voor hiv-geïnficeerden en hepatitispatiënten in heel Nederland op een hoger plan hebben gebracht. Wie is hij, wat deed hij en wat laat hij ons na?

Richter studeerde Geneeskunde in Giessen en Hannover, werkte van 1978 tot 1980 via een Duitse organisatie voor Ontwikkelingssamenwerking in Burkina Faso en van 1987 tot 1992 in het Universiteitsziekenhuis van Dar Es Salaam, Tanzania. Tussen de twee Afrikaanse missies door werd hij opgeleid tot internist/infectioloog in het Andreas Ziekenhuis en het AMC te Amsterdam. Tijdens zijn verblijf in Burkina Faso maakte hij zelf een HBV-infectie door. In Tanzania zag hij grote aantallen jonge patiënten van in de twintig bij wie HBV-infecties zich hadden ontwikkeld tot hepatocellulair carcinoom.

Daarnaast bracht Afrika hem in contact met AIDS-patiënten. Deze ervaringen bracht hij mee toen hij van 1992 tot 1997 in verschillende ziekenhuizen in Nederland werkte alvorens te kiezen voor het Rijnstate Ziekenhuis, een regionaal zorgcentrum met vestigingen in Arnhem, Velp en Zevenaar. Daar ontwikkelde hij de hiv-zorg verder die door collega Van Leusen in 1987 was opgezet. Bij zijn komst in 1997 waren er 80 patiënten in zorg; inmiddels bedraagt het aantal hiv-geïnficeerden dat in zorg is bij Rijnstate ongeveer 600. Vanaf het begin had Richter speciale belangstelling voor hiv-hepatitis-

>>

- » coïnfecties en voor HBV- en HCV-monoinfecties. Momenteel heeft het Rijnstate Ziekenhuis ook rond de 600 mensen met een hepatitisinfectie in zorg.

Behandelen en meer

Van de circa 600 hepatitispatiënten in het Rijnstate Ziekenhuis hebben er ongeveer 400 een HBV-infectie en ongeveer 200 een HCV-infectie. Twee op de drie patiënten worden er behandeld door een internist/ infectioloog, één op de drie door een MDL-arts. In het hepatitiscentrum werken drie infectiologen, twee MDL-artsen en vijf verpleegkundigen waarvan drie zich hebben gespecialiseerd in hiv- en hepatitiszorg. Zelf heeft Richter ongeveer 250 hepatitispatiënten en 300 mensen met een hiv-infectie onder zijn hoede. Maar hij heeft altijd meer gedaan dan patiënten behandelen. Voor hiv organiseerde hij het project Free Trial, waarbij geïnfecteerden eerst heel krachtig en vervolgens steeds minder zwaar werden behandeld, een soort afbouwregime. Dit project is onderdeel geworden van twee academische promoties. Voor hepatitis zette

Het project Regionaal Netwerk hepatitiszorg wordt door het RIVM als voorbeeld genoemd voor heel Nederland

Richter regionale projecten voor migranten op, waarbij mensen uit verschillende regio's en culturen elk op hun eigen manier werden voorgelicht en uitgenodigd voor een hepatitisstest. Ook ontwikkelde hij projecten met de Verslavingszorg en voor gedetineerden. Zijn laatste project Regionaal Netwerk Hepatitiszorg wordt door het RIVM als voorbeeld genoemd voor heel Nederland. Het laat zien dat regionale initiatieven een impuls kunnen geven aan het landelijk beleid.

Systeem nog niet op orde

Clemens Richter: 'Patiënten behandelen is erg fijn werk. Maar de laatste tijd vind ik de organisatie van de zorg minstens zo interessant als de zorg zelf. Voor de behandeling van hepatitis beschikken wij over steeds betere middelen. Maar het zorgsysteem zelf is nog niet op orde, waardoor de belangrijke onderdelen 'screening' en 'monitoring' achter blijven. De overheid heeft de monitoring en registratie van hepatitispatiënten overgelaten aan de beroepsgroepen en die zijn er niet in geslaagd deze onderdelen tijdig te realiseren. Momenteel zie je dat op allerlei plekken in Nederland pogingen worden ondernomen om HBV- en HCV-geïnfecteerden op te sporen. Een deel van hen is ooit gediagnostiseerd maar is uit zicht verdwenen. Zoiets gebeurt als je geen goed registratiesysteem hebt. Ook de huisartsen hebben dat niet. Hier in de regio Arnhem hebben wij twee grote

huisartspraktijken ertoe bewogen om via laboratoria in de archieven te laten uitzoeken wie er ooit als hepatitisgeïnfecteerde is geïdentificeerd. Op die manier kun je degenen die uit zicht zijn verdwenen benaderen en de nieuwe behandelmethode aanbieden. De drie huisartsen

Samenwerken brengt je altijd verder dan zelf alles opnieuw bedenken

die aan dit project hebben meegewerkt zijn nu onze ambassadeurs bij het activeren van de overige huisartsen in de regio Arnhem.'

Hepatitiszorg regionaal aanpakken

Richter is een voorstander van praktisch onderzoek: 'Het voordeel van werken in een universitair centrum is dat je basaal en zuiver wetenschappelijk onderzoek kunt doen. Daarvoor is in die centra budget gereserveerd. Maar het leuke van werken in een perifere centrum vind ik, dat je er praktijkgericht onderzoek kunt opzetten. Dan moet je wel zorgen voor een 'derde geldstroom' en sponsoring, maar dat is zelden een probleem. Ik heb praktisch, regionaal onderzoek altijd heel inspirerend gevonden. Het mooiste voorbeeld vind ik ons Regionaal Netwerk Hepatitiszorg, waarvoor we complimenten hebben gekregen van het RIVM. Ik vind dat een prachtig voorbeeld van samenwerking. Vanuit het Hepatitiscentrum Rijnstate hebben wij de handen ineen geslagen met twee laboratoria, de GGD en GGZ, met Verslavingszorg, plaatselijke verloskundigen en met de huisartsen uit de regio. Samen hebben wij de knelpunten geïdentificeerd en praktische oplossingen geformuleerd. Nu gaat elk onderdeel van het netwerk datgene doen waarin het goed is. We hoeven dus niet opnieuw het wiel uit te vinden, maar kunnen allemaal een bijdrage leveren vanuit onze eigen expertise. Deze opzet hebben wij beschreven in Medisch Contact nr.17 van 23 april 2015.'

Knelpunten en oplossingen

'Samenwerking brengt je altijd verder dan zelf alles opnieuw bedenken' zegt Richter. 'Dat zie je ook in de academische centra. Zelf heb ik het meegemaakt bij het AMC en het UMCU. In Amsterdam zien ze veel hiv-geïnfecteerden, in Utrecht wordt veel hepatitisonderzoek gedaan. Die expertise wordt over en weer gedeeld. Zo proberen wij met ons netwerk Hepatitiszorg ervoor te zorgen dat de kennis en ervaring die in de regio aanwezig is, kan worden gedeeld. Een mooi voorbeeld is wat ik net heb verteld over de drie huisartsen die via laboratoria hepatitispatiënten opsporen. Vanuit die samenwerking kunnen we de registratie verbeteren. De twee laboratoria uit ons netwerk, een ziekenhuis- en een huisartsenlaboratorium, gaan op dezelfde manier »

» rapporteren, waardoor de registratie eenvoudiger wordt. Voor het knelpunt ‘verwijzingen’ hebben wij nieuwe richtlijnen opgesteld voor de huisartsen en de GGD, die goed overeenkomen met de nieuwe NHG-standaard, waaraan ik ook heb mogen meewerken. Deze nieuwe landelijke richtlijnen verschijnen in het voorjaar van 2016. Wij hopen daarmee zowel onnodige verwijzingen naar de tweede lijn te voorkomen als nodige verwijzingen juist te stimuleren; in de richtlijnen komt te staan dat de huisarts en GGD niet alleen een antistoftest moeten uitvoeren, maar zo nodig ook een aanvullende PCR-test. Voor de verloskundigen gaan we de follow up na de bevalling beter regelen. Zij zijn al gericht op het voorkomen van hiv- en HBV-besmetting van moeder op kind, maar er is niets geregeld om te voorkomen dat de geïnfecteerde moeders na de bevalling uit zorg verdwijnen. Dit wordt een rol voor de GGD. Zij kunnen antecedentenonderzoek doen, de bron van de infectie opsporen en (in geval van HBV) vaccinaties aanbieden. Althans, dat geldt voor hiv en HBV, niet voor HCV, want HCV is nog niet aanmeldingsplichtig, behalve voor mannen die seks hebben met mannen. Maar uit de voorbeelden zie je dat de activiteiten van de verschillende groepen op elkaar ingrijpen. Dat biedt een basis voor praktische samenwerking en simpele oplossingen.’

Zij die buiten de maatschappij staan

Een project waardoor Richter in aanraking kwam met onverwachte problemen, is de hepatitiszorg in detentiecentra en GGZ-instellingen. Clemens Richter: ‘In gevangenissen en GGZ-instellingen staan mensen min of meer buiten de maatschappij en treedt een afwijkend financieringssysteem in werking. De normale zorgverzekering stopt en de overheid moet de kosten overnemen. Daarvoor bestaat in deze tijden van bezuinigingen weinig animo. Het zijn vooral de detentiecentra en GGZ-instellingen zelf die bereid zijn de kosten te dragen, voor zover zij daartoe in staat zijn. Ik had me nooit gerealiseerd wat dat in de praktijk betekent. Als de Medische Dienst van een gevangenis risicogedetineerden zoals ex-drugsverslaafden laat testen op hiv, HBV of HCV, dan moet het centrum die testen zelf betalen. Als een gedetineerde vervolgens moet worden

In gevangenissen en GGZ-
instellingen treedt een afwijkend
financieringssysteem in werking

doorverwezen, dan draait de gevangenisorganisatie ook voor die kosten op. Niet in alle regio's zijn de detentiecentra en GGZ-instellingen in gelijke mate in staat dit soort kosten te dragen, waardoor ongelijkheid in

medische zorg kan ontstaan. Ik ben van mening dat dit moet worden voorkómen en dat dit financieringstraject op nationaal niveau moet worden aangepakt.’

Hoogtepunten

Terugkijkend op zijn carrière als arts is Clemens Richter dankbaar dat hij een aantal mijlpalen in de gezondheidszorg heeft meegemaakt: ‘Ik heb de hiv-epidemie vanaf het begin meegemaakt, zowel in Afrika als in Nederland. Dat was behoorlijk beangstigend, maar gelukkig bracht in 1996 de HAART-therapie een revolutie teweeg. Vanaf dat jaar heb ik levensreddende zorg kunnen bieden. En nu, in de afgelopen jaren, maak ik mee dat er goede medicatie beschikbaar is gekomen tegen HBV- en HCV-infecties. Ook dat zie ik als een geweldige doorbraak. En ook hierbij heb ik een positieve rol kunnen spelen. Eigenlijk ben ik erg trots dat ons Regionaal Netwerk Hepatitiszorg een voorbeeldfunctie in heel Nederland heeft.’ Maar er waren ook moeilijke momenten in zijn carrière: ‘Ik vind het altijd jammer als samenwerkingsverbanden stroef

De samenwerking tussen infectiologen
en MDL-artsen is op sommige plaatsen
nog steeds niet goed

verlopen. De samenwerking tussen infectiologen en MDL-artsen is op sommige plaatsen in Nederland nog steeds niet goed. Hetzelfde geldt voor de samenwerking tussen infectiologen en longartsen op het gebied van tbc. Gelukkig gaat het met de jongere generatie wat eenvoudiger; die zijn meer gericht op interdisciplinaire samenwerking. En daar word ik dan wel weer blij van, want samenwerking, dat brengt ons verder. Dat heb ik tijdens mijn hele carrière zo ervaren.’ Officieel mag Clemens Richter dan gepensioneerd zijn, voorlopig blijft hij in en buiten Nederland energiek doorwerken. ■

Colofon

Deze publicatie is mede mogelijk gemaakt door
Gilead Sciences Netherlands B.V.,
Viñoly Tower, Claude Debussylaan 22, 1082 MD Amsterdam
T +31 (0) 20 718 3650, F +31 (0) 20 718 3651,
E gileadnl@gilead.com, I www.gilead.com

De opgenomen artikelen geven uitsluitend de mening van de auteur(s) weer. De uitgever en sponsor zijn niet verantwoordelijk voor de weergegeven meningen, noch delen zij die noodzakelijkerwijs. Raadpleeg bij het voorschrijven van geneesmiddelen altijd de registratietekst. Reacties kunnen worden gericht aan de uitgever.

Broca & Wernicke B.V.,
Amsterdamsestraatweg 24,
1391 AB Abcoude.

000/NL/16-01/NPM/1029

 **GILEAD**
Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

Hanneke van Soest, MDL-arts MC Haaglanden, 's Gravenhage



Pleidooi voor een pragmatische aanpak van hepatitiszorg

Medisch Centrum Haaglanden is één van de 47 gespecialiseerde hepatitiscentra in Nederland. Op de poli MDL-ziekten en infectieziekten zijn er circa 300 hepatitis B- en hepatitis C-patiënten onder controle. In MC Haaglanden is Hanneke van Soest één van de 7 MDL-artsen. Twee van hen hebben de hepatitispatiënten onder hun hoede: Van Soest en Van der VEEK. De infectiologen Leyten en Gelinck behandelen de hiv-patiënten met een hepatitis-coïnfectie. In MC Haaglanden krijgen momenteel circa 50 patiënten anti-HCV behandeling met een interferonvrije therapie. Van Soest is in MC Haaglanden voorzitter van de organisatorische eenheid (OE) Interne Geneeskunde/MDL. Deze eenheid is onlangs gefuseerd met die van het Bronovo Ziekenhuis.

Soms is de werkelijkheid weerbarstig, soms haalt zij je in. Hanneke van Soest heeft het allebei meegemaakt. Na haar geneeskundestudie in Groningen werd zij in Utrecht opgeleid tot MDL-arts en werkte zij aan haar proefschrift 'The rise and fall of new treatment options for chronic hepatitis C'. Voor het promotie-onderzoek vergeleek zij het effect van de combinatie PEG-interferon, ribavirine en amantadine. Het onderzoek duurde langer dan zij had gehoopt omdat het lastig bleek te zijn voldoende patiënten te includeren, en toen het proefschrift in 2011 eindelijk kon worden afgerond, stonden de nieuwe HCV-middelen voor de deur. Op slag leek het gebruik van interferon obsoleet te worden. Toch is het onderzoek niet zinloos geweest. Van Soest: 'Er hebben 25 Nederlandse ziekenhuizen en circa 400 hepatitis C-patiënten aan meegewerkt. Daardoor

is wel een netwerk opgebouwd en is de bereidheid om HCV te behandelen toegenomen. Zij het met andere geneesmiddelen dan ik heb onderzocht.'

Houd het simpel

Van Soest is van mening dat dankzij de nieuwe middelen de behandeling van HCV relatief eenvoudig is geworden in vergelijking met de vroegere therapie (PEG-interferon/ribavirine): 'Het is een relatief korte kuur met een hoge slagingskans. De moeilijkheid zit met name in de therapiekeuze. Voor het maken van die keuze is het Richtsnoer HCV-behandeling erg handig. Deze pak ik er nog dagelijks bij. Momenteel zijn 47 gespecialiseerde centra gecertificeerd waarin de nieuwe middelen mogen worden voorgeschreven. Dat aantal lijkt voor een klein land als



» Nederland nogal groot. Ik denk dan ook dat het aantal van 47 op termijn wel zal veranderen. Er zijn strikte eisen gesteld aan de centra: een minimaal aantal patiënten per jaar, toegang tot een gespecialiseerd virologisch laboratorium, er moet een hepatitisverpleegkundige aanwezig zijn en minimaal twee hepatologen/infectiologen die elkaars dienst kunnen overnemen. Ook moet er regelmatig een hepatitisbespreking plaatsvinden. Ik vind dat goede eisen. De voorwaarden worden gecontroleerd door de Nederlandse Vereniging van MDL-artsen. Het zijn praktische eisen die de kwaliteit van de behandeling ondersteunen.'

Wie behandelt HCV?

Ook over de vraag of hepatitis C-patiënten moeten worden behandeld door MDL-artsen of infectiologen neemt Van Soest een pragmatisch standpunt in: 'Het maakt niet uit of HCV-patiënten worden behandeld door een internist, MDL-arts, hepatoloog of infectioloog, zo lang die maar goed op de hoogte is van de veranderingen in dit zich snel ontwikkelende veld. In MC Haaglanden werken infectiologen en MDL-artsen samen op basis van een gemeenschappelijk protocol. Zij houden samen spreekuur en maken gebruik van zowel hiv-verpleegkundigen als hepatitis-verpleegkundigen. Die samenwerking verloopt goed en levert geen spanningen op. Het is belangrijker dat de behandelaar voldoende HCV-patiënten ziet dan vanuit welk specialisme de behandelaar afkomstig is. Maar het

In geval van decompensatie van de cirrose wordt de patiënt meestal overgedragen aan de MDL-arts

is meestal wel zo, dat in geval van decompensatie van de cirrose de patiënt wordt overgedragen aan de MDL-arts.' Als mede-auteur van de richtlijnen hepatitis C heeft Van Soest goede ervaringen met multidisciplinaire samenwerking: 'Ik spreek liever van een 'richtsnoer' dan van 'richtlijnen', maar hoe dan ook: zij zijn heel snel tot stand gekomen. Wij hebben met een gezelschap van drie 'koplopers', en een groep van infectiologen, MDL-artsen en een ziekenhuisapotheker, input uit het veld bijeengebracht, richtlijnen uit het buitenland verzameld en een aantal discussies gevoerd. De aanbevelingen die op grond daarvan werden geformuleerd zijn aan de beroepsverenigingen voorgelegd en werden eigenlijk zonder veel problemen aanvaard. Nu is het een kwestie van bijhouden en *updaten* van de huidige richtlijnen. Recent heeft de eerste *update* plaatsgevonden, nadat nieuwe onderzoeksdata beschikbaar waren gekomen.'

Monitoring heet hangijzer

Voor een goede praktijkvoering rondom HCV zijn niet alleen richtlijnen van belang maar ook een goed

functionerend monitoringsysteem. Eigenlijk is het nogal vreemd dat de HCV-behandeling met nieuwe geneesmiddelen werd gestart, zonder dat er een landelijke

Het is mooi dat iedere HCV-geïnfecteerde kans heeft op een behandeling met een nieuw HCV-middel

monitoring van de resultaten plaatsvond. 'Maar er wordt aan gewerkt en een gemeenschappelijk monitoringsysteem van internisten/infectiologen en MDL-artsen moet er komen', meent Van Soest. 'De monitoring van HCV-patiënten komt wel van de grond, hoe hoog de discussies ook zijn opgelopen. Uiteindelijk gaan we allemaal naar de hepatologiecongressen in Nederland, Europa en de VS om onze kennis op peil te houden en zullen we daar onze ervaringen moeten rapporteren. Dan ontstaat vanzelf de behoefte aan landelijke gegevens.'

Einde aan een frustrerende regeling

Eigenlijk is de discussie over screening ingewikkelder dan over monitoring. Registratie van de behandelresultaten moet er sowieso komen. De discussie daarover gaat niet over *of* maar over *hoe*. Dat ligt anders bij de vraag of we risicogroepen moeten screenen op HCV. Van Soest: 'Mensen van wie je weet dat ze zijn geïnfecteerd met HCV moet je blijven controleren. Maar screening van risicogroepen is een andere zaak. Mensen uit deze groepen weten niet of ze wel of niet geïnfecteerd zijn. Als je dan via screening de HCV-dragers er uit haalt, moet je die mensen wel iets te bieden hebben.' Dat is beter geworden nu de restricties op het behandelen van HCV-geïnfecteerden zijn afgeschaft. Inmiddels mag iedereen met een HCV-infectie worden behandeld, ongeacht het fibrotestadium. Van Soest: 'Ik kon wel begrijpen dat uit onder andere financiële overwegingen was besloten dat alleen HCV-patiënten met fibrosescore F3 of hoger mochten worden behandeld, maar het was uitermate frustrerend dat je bepaalde groepen daardoor moest uitsluiten. Het kwam voor dat patiënten die interferon kregen en daarmee geen *sustained respons* haalden, daarna niet met de betere nieuwe medicijnen konden worden behandeld. Leg dat maar eens uit. In Duitsland kwamen wel (bijna) alle HCV-patiënten direct in aanmerking voor interferonvrije behandeling. Daarom ben ik blij dat de nieuwe middelen nu ook in Nederland zonder restricties worden toegestaan. Het is mooi dat iedere HCV-geïnfecteerde kans heeft op een behandeling met een nieuw HCV-middel. Al met al is er in de afgelopen 15 jaar enorme vooruitgang geboekt bij de behandeling van hepatitis C. Op dit moment worden er spectaculaire behandelresultaten gehaald met relatief weinig bijwerkingen. Zo snel kan het dus gaan.'